Premier's Council
on Health Strategy
1987-1991

TOWARDS A STRATEGIC FRAMEWORK FOR OPTIMIZING HEALTH

THE PREMIER'S COUNCIL ON HEALTH STRATEGY 1987-1991

In December 1987, the Premier's Council on Health Strategy was established in direct response to the findings of three major enquiries into health and health care in Ontario: Toward a Shared Direction for Health in Ontario; Health for All Ontario; and Health Promotion Matters in Ontario.

The Council's mission was to provide leadership and guidance to the whole government in achieving the goal of health for every citizen in Ontario. Its members were charged with establishing priorities, recommending strategies and building consensus for change in partnership with health care providers and community representatives. This document will review the Council's accomplishments during its first three years.

93-01910/

INTRODUCTION

A comprehensive view of health

In laying a foundation for its work, the Council adopted the World Health Organization's definition of health:

Health is the extent to which an individual or group is able, on the one hand, to realize aspirations and satisfy needs; and, on the other hand, to change or cope with the environment. Health is therefore seen as a resource for everyday life, not the objective of living; it is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacity.

The Council took the position that Ontarians must look beyond the health care system itself and examine other factors that affect our well-being, including housing, education, employment and the environment.

As a first approach, the Council developed a comprehensive view of health – a view that places health in a broad context and acknowledges the interdependence of social and economic policy. It not only examined the formal health care system, but also looked beyond that system. Health care funding, organization and human resource requirements are key issues that require careful attention and reforms. But health is also influenced significantly by the broader social, economic and environmental policies and priorities of the government as a whole.

The Council has been successful in promoting a new understanding between government and providers regarding the meaning of health in public policy – which, in turn, should stimulate consideration of health in the development of all public policy.

System under pressure

While the high quality of Ontario's health care system is widely acknowledged, it faces mounting pressures on several fronts, including an aging population, increasing costs for technological advances and health care delivery systems, and a need for more effective allocation of resources.

The Council determined that the infusion of more private or public money was not the answer. In 1989-90, more than $14 billion was allocated to health in Ontario, or about one-third of the provincial budget. Compare that with just 10 years ago, when health spending was only one one-quarter of the budget.

Even if we, as a society, are prepared to accept these escalating health care costs, we have not necessarily achieved comparatively better health status. Simply stated, the people of Ontario are not as healthy as they could be. Although we do well by world standards, our life expectancy is lower than that of Japan and of some European countries. And our overall health statistics conceal considerable disparities in the health of the population.

Establishing values and guiding principles

In looking for ways to relieve the pressures facing our health care system, the Council determined that fiscal imperatives could not be the sole impetus for change. Canadians value equity of access to health services, quality of care, dignity and quality of life. In light of these values, the Council created a set of principles that would guide its work:

- Ensure greater emphasis is placed on promoting and maintaining health;
- Provide citizens with access to a balanced system of treatment, health promotion and disease prevention;
- Create social and physical environments conducive to health;
- Empower citizens to make informed decisions on matters that affect their health;
- Build strong communities that can organize and draw on their resources to support health; and
- Work together to maximize opportunities to achieve health.

Pursuing an innovative approach

Soon after its formation, the Council was divided into five subcommittees, each taking responsibility for one aspect of the Council's comprehensive mandate. A steering committee, chaired by the

Minister of Health, coordinated the activities of these subcommittees as they addressed:

- Health Goals
- Health Care System
- Healthy Public Policy
- Integration and Coordination
- Health Innovation Fund

With the expertise and leadership provided by its members, and invaluable input from a wide range of individuals both within and outside government, the Council pursued an innovative approach to addressing the key issues that relate to health. Its work culminated in a series of published reports that offer advice on the key aspects of health and the organization of health care. Together, these reports form the basis of a strategic framework for approaching the development and management of public policy for health both within and outside the conventional health services arena.

COMMITTEES AND REPORTS

Health Goals Committee

The Health Goals Committee proposed a set of priority health goals for the province, developed a process for translating these goals into specific objectives and targets, and recommended options for carrying out that process. As a first step, the committee articulated *A Vision of Health*, which describes an Ontario where equal opportunity exists to maximize health. This vision places health in a broad context by emphasizing the determinants of health, while affirming individual responsibility and also that of government to provide equitable access to health through policy initiatives.

A Vision of Health

We see an Ontario in which people live longer in good health, and disease and disability are progressively reduced. We see people empowered to realize their full health potential through a safe, non-violent environment, adequate income, housing, food and education, and a valued role to play in family, work, and the community. We see people having equitable access to affordable and appropriate health care regardless of geography, income, age, gender, or cultural background. Finally, we see everyone working together to achieve better health for all.

The committee also established five goals that will help make this vision a reality:

Goals

1. *Shift the emphasis to health promotion and disease prevention.*
2. *Foster strong and supportive families and communities.*
3. *Ensure a safe, high-quality physical environment.*
4. *Increase the number of years of good health for the citizens of Ontario by reducing illness, disability and premature death.*
5. *Provide accessible, affordable, appropriate health services for all.*

Health goals provide a basis for establishing a framework of policy reform and priority setting. Once targets are set at the provincial and local levels, we can evaluate our success in improving the health status of our population. Additionally, the process of setting these targets provides an opportunity for people across the province to take part in planning and implementing strategies to improve their own health. The vision and goals have been widely published and were adopted in the throne speech in the Spring of 1989.

In its report, *Towards Health Outcomes, Goals 2 and 4: Objectives and Targets,* the committee moved on to initiate the process of articulating objectives and targets. (An *objective* is a specific statement of intent that supports a goal. A *target* defines the amount of change desired or the action that should be taken, and the date by which it is to be achieved.) In establishing and prioritizing targets, the committee looked at relevance to the goal, feasibility, severity of the problem being addressed, clarity, measurability, and allowances for regional and local variation in implementation.

Goal 2 emphasizes the importance of the social environment to health. The committee identified a set of principles that exemplify healthy families and communities: interdependence, social responsibility and participation, equity in health, and a useful role in society. In addition, five conditions were identified as determinants of healthy families and communities: adequate income, education, occupation, shelter and control of life conditions.

Thus, the objectives and targets for Goal 2 are aimed at improving health by improving social and the built environments – for example, through changes in social service and housing policy.

Goal 4 directly addresses disease, and the objectives established to realize this goal reflect a more traditional view of health as the absence of disease. The committee focused on the reduction of risk factors for disease and disability, and the reduction of disability or disease-causing conditions themselves. The major causes of mortality, morbidity and disability were considered, as well as all levels of intervention.

Health goals can become a driving force in systems that affect health, and in shaping public policy. But not on their own. They must be translated into action that is relevant at the provincial and local level. Strategic objectives and targets must be translated into operational plans by individual government departments and local planning bodies. These organizations must define *how* the changes in outcome and processes will be accomplished, and *who* will contribute. Monitoring and evaluation closes the loop of the goals cycle. The goals committee is currently examining the need for a mechanism to monitor health outcomes, building in part on the results of the Ontario Health Survey – a joint Council and Ministry of Health project.

Healthy Public Policy Committee

This committee was formed to address the need for public policies that support health. It set out to develop a healthy public policy framework, recommend specific policy initiatives, and suggest strategies that would encourage community and individual involvement. Following extensive research and consultation with policy experts, both within and outside the government, the committee produced its report, *Nurturing Health*. This landmark document outlines the relationship between health and our social and physical environments, and encourages investments in public policies outside of the traditional health care system.

In its research, the committee found that many people still think health gains are possible only through expenditures on the formal health care system. But the medical treatment system has a limited role to play in improving the *overall health* of the population. To nurture health, we must also invest in other areas of public policy – for instance, those involving work conditions, the environment, and child development. Here is a summary of the committee's key findings and recommendations:

- Health has been closely associated with individual lifestyle and therefore individual choice. However, lifestyle choices such as smoking, drinking and eating habits are strongly influenced by the social environment. A healthy lifestyle is not just a matter of individual choice.
- Although universal access to medical care can certainly help people who become ill, it has little effect on differences in health status between income groups. While the largest group affected by social and physical environments is the middle class, the most dramatic health differences exist between the rich and the poor. These socio-economic "gradients" in health status persist over time, even though major causes of death change, suggesting an overall greater vulnerability on the part of poorer people. Countries with policies directed at promoting healthy social and physical environments have improved the overall health of their populations and have compressed the gradients in health status.

- There is a very strong link between a country's economic health and the health of its population. National prosperity is vital to people's physical and mental health. The distribution of income within a society is also important. Life expectancies are higher in countries with productive economies and less income disparity.
- A growing body of national and international research has identified a long list of important social and physical factors that can influence our individual health. These determinants of health include early childhood experience, education, employment status, income, workplace hazards, supportive family and friends, and the environment.

  Recognizing that there are many areas of public policy involving these factors, the committee compiled a wide range of policy initiatives that could have a positive impact on our health. From these, it established three broad priority areas for policy initiatives:

(1) Healthy Child Development Policy

There is good evidence that the level of early childhood health care affects the overall development process and acquisition of skills essential to success in later life. Policies that address comprehensive prenatal programs, the incidence of low-birthweight babies and poverty levels among children are all essential. Initiatives to improve the health and well-being of children must also challenge their abilities, encourage their self-expression, allow them to cultivate deep and caring relationships, and develop self-esteem.

(2) Adult Adjustment and Labour Market Adjustment Policy

It is important for employees to gain a sense of control and have the freedom to make decisions. If people believe their contributions are valued, and know that when job difficulties arise there are good opportunities for income stability and retraining, they will feel more control over their lives and thus be less likely to suffer ill health. They will also be more productive workers.

Human resource policies that promote greater flexibility in the workplace and recognize the demands made on working people today (especially those involving the care of children and aging parents) will benefit the health and well-being of working people and their dependants. A wide array of labour market policies must also be developed to preserve the self-respect, health and productivity of people affected by work disruptions.

(3) Environmental Policy

Public policies that preserve the integrity of the physical environment are essential to the health of the population. We must promote or adopt initiatives known to reduce illness and prevent injury or death. For example, the enforcement of air quality standards, and the treatment and prevention of hazardous waste are vital to a healthy and sustainable environment. Other aspects of our physical environment, such as the safety of our roads and our workplaces, must also be addressed.

The Healthy Public Policy Committee's work emphasized the shift from a public health promotion model, in which health is associated largely with lifestyle choices, to a model where health is increasingly tied to changes in the social and physical environments, and in particular, the occupational environment. *Nurturing Health* is a conceptual instrument that provides a framework for these changing views of health and for building public support towards health orientation in public policy.

Health Care System Committee

As its name implies, this committee focused entirely on the existing formal health care system in Ontario. In recognizing that there are no simple solutions to the problems facing the health care system, the committee took the position that the status quo cannot and should not continue. The pressures on the system demand thoughtful consideration and identification of solutions. The committee proposed major changes in policy – changes that must be planned and managed now rather than being allowed to take place on a piecemeal and uncoordinated basis.

In its first report, *From Vision to Action*, the Health Care System Committee presented a strategic plan for Ontario's

future health care system. This plan focused on four key elements:

(1) Hospital Funding Systems

The major method of funding hospitals in our province is global budgeting – a fixed budget for all services with an annual adjustment for inflation. After addressing a number of significant problems with this method, the committee recommended a modified global funding arrangement, using a case mix approach that recognizes the differences in hospital workloads and circumstances.

The committee also suggested other mechanisms to improve equity in hospital budgeting:

- Establish specific targets with incentives and disincentives to shift resources to outpatient and community services;
- Involve physicians in the budgeting process and introduce program funding with predetermined, measurable objectives; and
- Give hospitals greater flexibility to trade-off programs and services in response to community needs.

Additionally, the committee recommended a major review of the capital plan announced in 1986 that would add 4,000 beds to the hospital system.

(2) Physician Payment Methods

The committee examined the advantages and disadvantages of the methods currently used to compensate physicians in Ontario: fee-for-service, capitation and salary. In doing so, it established a series of fundamental principles for physician payments:

- Any payment scheme should provide incentives that will meet provincial health goals, permit fair and adequate remuneration, protect the right of physicians to act as their patients' advocates and recognize the government's need to predict costs
- Fee-for-service, capitation and salary should all be recognized as legitimate forms of reimbursement
- A more mixed system of remuneration is a desirable objective, as is physician choice in selecting a remuneration method.

The committee endorsed a more mixed reimbursement system while recommending research into the impacts of each payment method currently employed. It also recommended development of more effective techniques for negotiating physician compensation.

(3) Community Services Development Opportunities

The committee supported a deliberate shift in emphasis and related resources to the development of community services as an equal partner with the institutional sector in the provision of health services. To implement this shift, four major strategies were proposed:

- Funding for community services should be doubled within a defined time period, and a specified percentage of provincial funds should be earmarked for promotion and prevention activities. This can be accomplished without a large infusion of additional funds, relying instead on a redirection of existing resources and specific allocation of annual increases.
- Developing community services will require legislative and policy reforms to enhance flexibility. The committee recommended pilot projects to test a program-based funding model, new forms of organization and management, and enhanced local planning, accountability and funding envelopes.
- Fundamental change in professional education is needed. Health policy, promotion and prevention, limits of treatment, and organizational impacts should all be included in the core curricula of providers, health planners and administrators.
- Information about costs, fairness of access, quality of life, technological choices and individual responsibility must be made readily available and tailored to specific audiences – including the public, providers and consumers.

(4) Organization Linkages

A decentralized approach to health care management has been found advantageous in several other countries. The committee recommended that a variety of local authority models be tested, some with funding envelopes. These should be carefully evaluated in terms of meeting set objectives related to cost, quality of care, coordination and integration, improved health outcomes and consumer satisfaction.

The second report published by the Health Care System Committee, *Achieving the Vision: Health Human Resources*, examined ways in which the public, health care professionals and providers, community organizations, educators, employers, labour and government can work together to maximize the potential of the 300,000 men and women who work in Ontario's health care sector. Its key recommendations follow:

(1) Human resources planning is the most important component of health care management and is fundamental to creating health policy. The committee believes that an entirely new approach to the planning and use of health human resources is urgently needed. This approach must be flexible and dynamic, driven by Ontario's health goals and guided by the health needs of the population.

The health care labour force comprises a large pool of people with well-established territorial relationships. However, the number of health care personnel in any given area does not always match projected needs. Furthermore, some individuals perform tasks that could be done by others at less cost. Substitutions must occur, where appropriate, between and within groups of health care professionals and providers to deliver quality service with maximum productivity.

(2) Educators must develop curricula more directly oriented to the health needs of the communities they serve. To give students experience in a full range of delivery systems, additional training and practice sites should be established. An information network should be created, with participation of community colleges and universities, to link epidemiological expenditure and utilization data with human resource planning and desired health results.

A program of basic educational building blocks is required to build better understanding and cooperation among all health care providers. Health care delivery research should be enhanced to focus on such issues as alternative delivery methods, cost and resource management, and total quality management practices. Retraining strategies are needed to prepare some health care workers for reassignment to areas of greater need.

(3) Ontario's health sector, in partnership with all stakeholders and provider groups, must build its own unique approach to managing quality and productivity. The concepts of teamwork and continuous quality improvement are essential to every facet of health care delivery. Professional colleges, regulatory boards and associations should play an expanded role in promoting total quality management and increased productivity.

(4) Currently, there is no clearly defined focal point of responsibility for health human resources planning at the federal, provincial or regional levels. Provincial leadership should be established through a lead minister of a central agency. The minister would report to an appropriate cabinet committee responsible for managing health resources and monitoring provincial health goals and objectives.

(5) A new Health Human Resources Planning Agency (HHRPA) should be created with responsibility for developing a strategic human resources planning and management capability in Ontario. The agency would advise the government on human resources policy directions in health, and build partnerships to translate that advice into management strategies. It would prepare a self-evaluation plan during its first of year of operation and publish an annual public report.

HHRPA should report to a cabinet committee through a lead minister of a pivotal central agency such as Management Board of Cabinet. The agency would be directed by a council chaired by an individual with an impartial background who serves on a full-time basis. The council would meet at least four times a year.

A maximum of 20 council members would be appointed to a three-year term and one possible renewal of term. The council should be multipartite and regionally based, with representation from a wide range of consumer and public interest groups, employers, health organizations, senior officials from key ministries and the proposed Ontario Training and Adjustment Board (OTAB).

The goal of human resources planning in health is to achieve the most effective, flexible and cost-efficient use of our key asset, people, in order to realize Ontario's vision of health. The committee's approach to planning addressed both planning and use: planning for the correct numbers, mix and distribution of

people and their skills, and using people's skills optimally through flexible and empowering organizational and management techniques.

Integration and Coordination Committee

In its report, *Local Decision Making for Health and Social Services in the Community*, this committee identified ways in which health and social services can be better linked in the community to benefit those using them. Rather than simply re-arranging the elements of the existing system, we must re-align the responsibility for planning and providing services. This will enable communities to design a mix of services that meet their specific needs, and respond more fully to the needs of vulnerable minorities whose perspectives have not been sufficiently included in decision making.

Substantial work will be required: structures, attitudes and organizations will have to change in major ways. The primary focus must be the people who need service. The degree to which the following recommendations make it easier for individuals to obtain the help they need will measure the success of those recommendations:

- Currently, there is a lack of sufficient coordination of services for those requiring more than one type of assistance. There is also a tendency for decisions made at the provincial level to be inappropriate to local circumstances. Moreover, those most affected by health-delivery decisions are not sufficiently involved in the decision-making process.

  The committee examined potential solutions for these problems and concluded that they would be most effectively addressed by "devolving" or transferring authority for budgetary allocation, service management and planning, and evaluation to the local levels. Responsibility for legislation, funding and standards setting would remain at the provincial level along with management of complex specialty areas.

- The committee suggested that authority be transferred to regional bodies, which could either be part of local government and composed of elected officials, or a special purpose body composed of elected officials, appointed officials or a combination of both.

- Transfer of authority should be carefully phased after certain conditions are met, including: corporate restructuring to integrate the Ministry of Health with the Ministry of Community and Social Services on a regional basis; community readiness; and a mechanism, developed by regional organizations, for including vulnerable groups in the decision making.

Devolution can make services more responsive to community need. Because of their proximity to the people they serve, local bodies appear to have the greatest potential of responding appropriately to local need. Devolution can also be a way of giving users of services, particularly the most vulnerable and least vocal, a say in how services are planned and delivered.

A number of implementation issues will require careful consideration. Changes on the scale proposed are a radical departure for Ontario. However, a model of devolved authority is being implemented in the Province of Quebec and will provide valuable experience on which to build. Moreover, five of six recent major provincial commissions enquiring into the provision of health services in Canada have recommended devolution as a means of addressing the problems identified in this report.

Health Innovation Committee

This committee was established to administer the Health Innovation Fund (HIF).

HIF is the Council's $70-million, four-year initiative to provide financial assistance for innovative projects that:

- Contribute to an overall improvement in health for all Ontarians, and
- Test and evaluate new ways to deliver cost-effective services and programs that support health.

To be considered innovative, a project must out-perform present practice in terms of either cost-effectiveness or health outcomes, or both.

HIF was an approach in how to find, cultivate and disseminate innovation within Ontario's health care system. It is a unique approach that focuses on results, emphasizes learning, offers a hands-on commitment to working with ongoing projects, and recognizes the importance of flexibility in cultivating innovation.

In the first of its two strategies for change, the Health Innovation Fund held two rounds of open grants competition and funded 24 projects. Most of these were community oriented, testing alternatives to traditional institutional care. Many addressed some aspect of health promotion and education, usually with a focus on seniors, children or people with disabilities. Completion date for all projects is March 31, 1993.

The second strategy, Health Innovators Program (HIP), was designed to test a proactive alternative to the HIF open grants model. Innovative ideas and projects were sought through advertisements in all major Ontario daily newspapers. A direct-mail strategy, aimed at individuals and organizations with a history of innovation, was also employed. As a result, 272 individuals and organizations were nominated. The review and selection of projects is currently underway for HIP and round three of the Health Innovation grants program.

CONCLUSION

During its mandate, the Premier's Council on Health Strategy created a sensitivity within government to the impact that public policy can have on health. The Council laid the groundwork for a new understanding of health – a comprehensive view that takes into account the social, environmental and economic factors that determine health status. Integral to this understanding is the acknowledgment that government can, through public policy in a wide range of areas, adopt strategies that will equalize opportunities for optimal health.

Council's strategies were developed primarily through consensus building, and listening to and incorporating advice from a broad range of consultants and stakeholders.

The Council made it clear that government must take decisive, informed action to control certain aspects of the formal health care system. Spending more money on the system is not the answer. We must develop and implement new, innovative approaches to using our current resource commitments.

Recommendations made by Council committees have already had significant influence on specific government policy. The Ministry of Health, for example, heeded a Council recommendation against the proposed construction of a large number of new acute and chronic care beds. After publication of *From Vision to Action*, the ministry developed a new capital planning framework, changed its hospital budget systems and allowed expenditures on community services to rise faster than those on institutional services. Additionally, the province is moving towards a more blended payment mechanism for physicians, and the number of physicians employing alternate payment methods has increased.

To foster better integration of services, the Ministry of Health and the Ministry of Community and Social Services now share a permanent assistant deputy minister. Decentralization of long-term care for the elderly and people who are disabled is also under way. These initiatives were influenced by *From Vision to Action* and the work of the Council's Integration and Coordination Committee.

Looking Ahead

The new Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice has an expanded mandate that will provide the government and the public with research and advice on building a healthy, just society. It must become commonplace to advance health policies through equitable participation of all citizens. Discussions concerning child development, the workplace and the environment are priorities for health policies.

The work of the former Premier's Council on Health Strategy addressed the need to develop a new and broader view of health. The new Premier's Council on Health, Well-being, and Social Justice will build on these initiatives and broaden the mandate to ensure that the well-being of all Ontarians is the focus of an expanded vision.

The new Council will ensure public participation in the policy process. Its new vision will be shaped by citizens at large, the health and social service sector, labour, business, educators and government. These partnerships will begin "at home" for the new Council as it works with its counterpart Council on the Economy and Quality of Life, reinforcing the strong relationship between health and the distribution of wealth. As well, the Council will work closely with government's key health, social, and "equity" ministries to ensure breadth, depth and commitment – not only in developing vision and a broad policy framework, but also in the action required to "get there from here."

MEMBERS

Name	Appointed	Region	Interests
Roy Aitken Executive Vice-President with corporate responsibility for occupational health and safety, INCO, Vice-Chairman, National Task Force on Environment and Economy	Dec. '87	Oakville	Corporate Executive Resource Industry
Joe Brown Executive Director, Kenora-Rainy River District Health Council	Dec. '87	Kenora	District Health Council North
John Carter President, Greater Niagara General Hospital Chairman, Blue Cross of Ontario, Niagara Falls	Dec. '87	Niagara Falls	Hospital Administrator
Glenna Cole Slattery Chief Executive Officer, Ontario Nurses Association, Toronto	Oct. '89	Toronto	Nursing, Labour
Helen Cooper Mayor, Kingston	Oct. '89	Kingston	Municipal Government
Dr. John Dirks Dean of Medicine, University of Toronto	Dec. '87	Toronto	Health Science Centre Biomedical Research
Peg Folsom Past President, Ontario Public Health Association	Dec. '87	Brampton	Consumer, Public Health Health Promotion
Dr. Reva Gerstein, O.C. Psychologist, Vice-Chairman, Board of Trustees, Hospital for Sick Children, Toronto	Dec. '87	Toronto	Mental Health

Name	Appointed	Region	Interests
Fred Griffith Chief Executive Officer, Sault Ste. Marie and District Group Health Association	Dec. '87	Sault Ste. Marie	Community Health Organizations
Robert Hiscock Past Chairman, Ontario Hospital Association, Trustee, York County Hospital, Jackson's Point	Dec. '87	Newmarket	Hospital
Jacques Labelle President, Ottawa General Hospital	Oct. '89	Ottawa	Hospital Administrator
Wilf Lewitt President, MDS Health Group Limited, Etobicoke	Oct. '89	Etobicoke	Business, Laboratories
Reg Louttit Chief, Attawapiskat First Nation	Oct. '89	Attawapiskat	Native Community, North
Ronald Luciano President and Chief Executive Officer, Institute for Prevention of Child Abuse, Chairman, United Way of Canada, Brampton	Dec. '87	Brampton	Child Abuse
Dr. Stuart MacLeod Dean, Faculty of Health Sciences, McMaster University, Hamilton	Dec. '87	Hamilton	Health Science Centre
Sister Alice McEvoy Administrator, Marianhill (combined Home for the Aged, Nursing Home and Chronic Care Facility), Pembroke	Dec. '87	Pembroke	Long-Term Care/Elderly
Jim McIntyre Chair, Algoma District Health Council, Sault Ste. Marie	Oct. '89	Sault Ste. Marie	District Health Council

Name	Appointed	Region	Interests
Dr. Ed Moran General Secretary, Ontario Medical Association	June '90	Toronto	Organized Medicine
Dr. J. Fraser Mustard President, Canadian Institute for Advanced Research, Toronto	April '88	Toronto	Cross-membership, Premier's Council on Technology
Anne Opzoomer Professor, Faculty of Medicine Department of Occupational Therapy, University of Ottawa	Dec. '87	Ottawa	Rehabilitation Professional
Dr. Andrew Pipe Department of Family Medicine, Ottawa Civic Hospital, Director, Canadian Academy of Sports Medicine, Vice-Chairman, Podborski Advisory Group on Health Promotion, Ottawa	Dec. '87	Ottawa	Health Promotion Sports Medicine
Shanthi Radcliffe Executive Director, London Inter-community Health Centre	Oct. '89	London	Multicultural Health
Dr. Naomi Rae-Grant Child and Adolescent Psychiatrist Victoria Hospital, London	Dec. '87	London	Children's Mental Health
Eleanor Ross Past President, Registered Nurses Association of Ontario, Clinical Nurse Specialist, Toronto	Dec. '87	Toronto	Nurse

Name	Appointed	Region	Interests
Dr. Miriam Rossi Paediatrician specializing in Adolescent Medicine, Hospital for Sick Children, Toronto	Dec. '87	Toronto	Physician
Archbishop E.W. Scott Anglican Church, Toronto	Oct. '89	Toronto	Consumer Advocate
Dr. Hugh Scully Cardiovascular Surgeon, The Toronto Hospital, Member, Ontario Health Review Panel, Toronto	Dec. '87	Toronto	Physician
Mary Shamley Past Chair, District Health Council, Thames Valley	Dec. '87	Wardsville	Consumer
Ken Signoretti Executive Vice President, Ontario Federation of Labour, Toronto	June '90	Toronto	Labour
Dr. Robert Spasoff Professor and Chairman, Department of Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa Chairman, Panel on Health Goals	Dec. '87	Ottawa	Epidemiology Community Medicine
Joan Watson Consumer Advocate, Toronto	Dec. '87	Toronto	Consumer Advocate Elderly

Conseil du
premier ministre
sur la santé
1987-1991

OBJECTIF SANTÉ PROPOSITION DE CADRE STRATÉGIQUE

CONSEIL DU PREMIER MINISTRE SUR LA SANTÉ 1987-1991

En décembre 1987, le Conseil du premier ministre sur la santé a été créé en réponse directe aux conclusions de trois rapports importants sur la santé et les services de santé en Ontario : La santé en Ontario : vers une orientation commune; La santé pour tout l'Ontario; et Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario.

Le Conseil était chargé de prendre la direction d'un mouvement général du gouvernement de l'Ontario en faveur de l'amélioration de la santé de tous les résidents de la province. Ses membres avaient pour mandat d'établir les priorités à cet effet, de recommander les stratégies à suivre et de définir les changements à apporter au système actuel en accord avec les pourvoyeurs de soins et les représentants de la collectivité. Le présent document fait le point sur les réalisations du Conseil au cours de ses trois premières années d'activité.

INTRODUCTION

Une vision globale de la santé

Comme point de départ de son travail, le Conseil a adopté la définition de l'Organisation mondiale de la santé :

La santé est la mesure selon laquelle une personne ou un groupe peut, d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins; et, d'autre part, se transformer en fonction des modifications de son milieu. La santé est donc considérée comme une ressource pour la vie quotidienne et non comme l'objectif de la vie; c'est un concept positif qui insiste sur les ressources sociales et personnelles tout autant que sur les capacités physiques.

Le Conseil est parti du principe que les Ontariens doivent voir plus loin que le système de soins de santé lui-même et se préoccuper des autres facteurs qui ont un effet sur le bien-être, notamment le logement, l'éducation, l'emploi et l'environnement.

Le Conseil a commencé par définir sa vision de la santé - une vision globale qui place la santé dans un vaste contexte et tient compte de l'interdépendance des politiques économiques et sociales. Il ne s'est pas seulement intéressé au système officiel de soins de santé mais est allé au-delà. Le financement des services de santé, l'organisation des ressources humaines et les besoins en la matière sont des questions clés qui demandent attention et réforme. Mais la santé est également fortement influencée par les politiques et les priorités plus vastes du gouvernement tout entier dans les secteurs sociaux, économiques et environnementaux.

Le Conseil a réussi à amener le gouvernement et les pourvoyeurs de soins de santé à donner un sens nouveau à la notion de santé dans le contexte de la politique gouvernementale - notion qui, à son tour, devrait amener le gouvernement, lorsqu'il élaborera de nouvelles politiques, à réfléchir à leurs répercussions sur la santé.

Un système sous pression

Les services de santé de l'Ontario, bien que la haute qualité des soins qu'ils dispensent soit largement reconnue, doit faire face, sur plusieurs fronts, à des pressions croissantes dues, notamment, au vieillissement de la population, à l'augmentation constante du coût des technologies nouvelles et des systèmes de prestation des soins, et à la nécessité de mieux distribuer les ressources.

Le Conseil a conclu que ce n'était pas en demandant aux secteurs public et privé d'augmenter leur participation financière que l'on résoudra le problème. En 1989-1990, plus de 14 billions de dollars ont été alloués au secteur de la santé en Ontario, soit environ un tiers du budget provincial, alors qu'il y a seulement dix ans, les dépenses au titre de la santé ne représentaient qu'un quart du budget.

Même si notre société s'est montrée prête à accepter cette escalade des coûts, l'état de santé de ses membres ne s'est pas amélioré en conséquence. Pour parler simplement, les résidents de l'Ontario ne sont pas en aussi bonne santé qu'ils pourraient l'être. Bien que la situation satisfasse les normes mondiales, notre espérance de vie est inférieure à ce qu'elle est au Japon et dans certains pays européens. Et nos statistiques générales masquent des disparités considérables entre les niveaux de santé des différents secteurs de la population.

Valeurs et principes directeurs

Après avoir réfléchi aux différentes façons d'alléger les pressions auxquelles le système de soins de santé doit faire face, le Conseil a conclu que les impératifs fiscaux ne pouvaient pas constituer la seule incitation au changement. Les Canadiens croient à l'égalité d'accès aux services de santé, à la qualité des soins, à la dignité et à la qualité de la vie. À la lumière de ces valeurs, le Conseil a adopté un ensemble de principes pour guider son travail :

- Veiller à ce que l'accent soit davantage mis sur la promotion et l'entretien de la santé;
- Permettre aux résidents de l'Ontario d'accéder à un système équilibré de traitement, de promotion de la santé et de prévention des maladies;
- Créer des environnements sociaux et physiques favorables à la santé;
- Donner aux résidents de l'Ontario le pouvoir de prendre des décisions informées sur les questions qui ont un impact sur leur santé;
- Édifier des collectivités fortes qui puissent organiser leurs ressources et les utiliser à des fins d'amélioration de la santé; et
- Travailler ensemble à maximiser les occasions d'amélioration de la santé.

À la recherche d'une solution originale

Peu de temps après sa formation, le Conseil a été divisé en cinq sous-comités, chargés chacun d'un aspect particulier de son vaste mandat. Un comité de direction, présidé par la ministre de la Santé, a été chargé de coordonner les activités des sous-comités qui travaillaient sur ce qui suit :

- Les buts en matière de santé
- Le système de soins de santé
- L'élaboration de politiques gouvernementales en faveur de la santé
- L'intégration et la coordination
- Le Fonds d'Innovation-Santé

Aidé par l'expérience et la réflexion de ses membres, et par les contributions inestimables d'un vaste éventail d'interlocuteurs, à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement, le Conseil a cherché à répondre de façon originale aux grandes questions qui se posent en matière de santé. Son travail a abouti à la publication d'une série de rapports qui proposaient des conseils sur les aspects clés de la santé et de l'organisation des services de santé. Ensemble, ces rapports constituent l'armature d'un cadre stratégique qui pourra servir de base à l'élaboration et à la gestion des politiques gouvernementales qui ont un impact sur la santé, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des services de santé conventionnels.

COMITÉS ET RAPPORTS

Comité consultatif sur les buts de la santé

Le comité consultatif sur les buts de la santé a défini un ensemble de buts à poursuivre par la province en matière de santé et les a classés par ordre de priorité, a proposé une formule pour traduire ces buts généraux en objectifs précis et en buts spécifiques, et a recommandé diverses options pour mettre cette formule en oeuvre. Le comité a commencé par proposer une Vision de la santé qui décrit une province où l'égalité des chances permettra de maximiser la santé de tous les résidents. Cette vision place la santé dans un vaste contexte, insiste sur les facteurs déterminants de la santé et sur la responsabilité personnelle, et souligne que le gouvernement se doit d'adopter les politiques qui assureront l'égalité de l'accès aux services de santé.

Notre vision de la santé

Nous espérons qu'un jour, l'Ontario sera une province où les gens vivront plus longtemps et en meilleure santé, et où les maladies et les handicaps auront été progressivement réduits. Une province dont les résidents auront la possibilité de vivre en bonne santé grâce à un environnement sécuritaire et non violent, un revenu, un logement, une alimentation et une éducation convenables, de même qu'un rôle familial, professionnel et social valorisant. Une province où chacun aura un accès équitable à des services de santé suffisants, abordables et adéquats, quels que soient sa région, son revenu, son âge, son sexe ou son origine ethnique. Enfin, une province où la collectivité veillera à ce que tous les citoyens vivent en bonne santé.

Le comité a aussi défini cinq objectifs précis qui aideront à concrétiser sa vision de la santé :

Objectifs

1. *Mettre l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.*
2. *Favoriser la création de liens familiaux et communautaires solides et étroits.*
3. *Assurer un environnement sécuritaire et de haute qualité.*
4. *Accroître le nombre d'années pendant lesquelles les Ontariens vivront en bonne santé en réduisant la maladie, l'invalidité et la mortalité précoce.*
5. *Assurer la prestation de services de santé abordables et adéquats pour tous.*

Ces objectifs forment la base du cadre des réformes de politiques à effectuer et des priorités à établir. Une fois fixés certains buts spécifiques aux paliers provincial et local, nous pourrons évaluer dans

quelle mesure nous avons réussi à améliorer le niveau de santé de notre population. De plus, l'établissement de ces buts spécifiques donnera l'occasion aux résidents de toute la province de prendre part à la planification et à la mise en oeuvre des stratégies visant à améliorer leur propre santé. Le texte de la vision et des objectifs a été publié et diffusé dans toute la province, et les objectifs ont été adoptés dans le Discours du Trône du printemps 1989.

Dans son rapport, *Vers l'amélioration de la santé : Objectifs précis et buts spécifiques*, le comité est allé plus loin et a entamé le processus d'articulation entre les objectifs généraux et les buts spécifiques. (Un objectif est un énoncé de principe général à l'appui d'une orientation. Un but spécifique définit la portée du changement à effectuer ou les mesures à prendre et la date à laquelle le changement doit être accompli.) Le comité a établi les buts spécifiques et les priorités en fonction de la pertinence des résultats visés, de la faisabilité des changements proposés, de la gravité du problème à résoudre, de la clarté de l'objectif et de la possibilité de le mesurer; et il a tenu compte, pour la mise en oeuvre, des variations d'ordre régional et local.

Le but numéro 2 souligne l'importance du milieu social pour la santé. Le comité a identifié un ensemble de principes qui caractérisent les familles et les collectivités en bonne santé : interdépendance, responsabilité et participation sociales, égalité devant la santé et utilité de la fonction sociale. En outre, cinq conditions ont été identifiées comme représentant des facteurs déterminants des familles et des collectivités en bonne santé : revenu, éducation, emploi, logement et contrôle des conditions de vie.

Les objectifs précis et les buts spécifiques numéro 2 visent donc l'amélioration de la santé grâce à l'amélioration de l'environnement social et construit - par exemple grâce à une modification des services sociaux et des politiques sur le logement.

Le but numéro 4 vise directement la maladie, et les objectifs précis fixés pour l'atteindre correspondent à une définition plus traditionnelle de la santé comme absence de maladie. Le comité s'est attaché principalement à la réduction des facteurs de risque qui favorisent la maladie et l'invalidité, et à la réduction des conditions mêmes qui causent la maladie et l'invalidité. Les principales

causes de la mortalité, de la morbidité et de l'invalidité ont été examinées ainsi que tous les niveaux d'intervention.

Les objectifs d'une société en matière de santé peuvent devenir une force motrice pour les systèmes qui ont un impact sur la santé et pour l'élaboration des politiques gouvernementales. Mais ils ne se suffisent pas à eux-mêmes. Ils doivent se traduire par des mesures appropriées aux paliers provincial et local. Les objectifs stratégiques et les buts spécifiques doivent se concrétiser dans les plans opérationnels des gouvernements et des organismes de planification locaux. Ce sera à ces organismes de définir comment les changements seront effectués - aussi bien au niveau du processus que du résultat - et par qui. Le suivi et l'évaluation ferment la boucle du cycle des objectifs. Le comité consultatif sur les buts de la santé, se fondant en partie sur les résultats du sondage sur la santé de l'Ontario, projet entrepris conjointement par le Conseil et le ministère de la Santé, discute actuellement de la nécessité d'adopter un mécanisme de contrôle des résultats.

Comité d'élaboration des politiques gouvernementales en faveur de la santé

Ce comité a été constitué pour répondre au besoin de politiques gouvernementales en faveur de la santé. Son travail a consisté à définir un cadre à l'intérieur duquel élaborer ces politiques, à recommander diverses initiatives de politiques spécifiques et à suggérer des stratégies qui favorisent la participation communautaire et individuelle. À l'issue de recherches et de consultations poussées auprès d'experts en politiques, à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement, le comité a publié son rapport intitulé *Prendre soin de la santé*. Ce document, qui fait date, souligne les rapports entre la santé et notre environnement social et physique, et invite à investir dans des politiques gouvernementales qui dépassent le système de soins de santé traditionnel.

Dans le cadre de sa recherche, le comité a découvert que nombreux sont ceux qui continuent à penser que la seule façon d'améliorer la santé est d'augmenter les dépenses associées au système officiel de services de santé. Mais le traitement médical ne joue qu'un rôle limité dans l'amélioration de la santé générale de la

population. Pour améliorer la santé des résidents de la province, nous devons aussi investir dans d'autres secteurs des politiques gouvernementales - par exemple, ceux qui touchent les conditions de travail, l'environnement et le développement de l'enfant. On trouvera ci-dessous un résumé des conclusions et des principales recommandations du comité :

- La santé a été associée de près au mode de vie individuel et donc aux choix personnels. Cependant, le mode de vie des gens et leurs habitudes, en matière de tabac, de boisson et d'alimentation, par exemple, sont fortement influencés par leur milieu social. La santé n'est pas uniquement une affaire de choix personnel.
- Même si l'accès universel aux soins médicaux peut, de toute évidence, aider les gens qui tombent malades, il a peu d'effet sur la disparité des niveaux de santé entre les différents groupes de revenu. Bien que les membres de la classe moyenne soient les plus nombreux à ressentir les effets de l'environnement social et physique, c'est entre les riches et les pauvres que les différences en matière de santé sont les plus marquées. Ces "niveaux" de santé socio-économiques persistent dans le temps, même si les principales causes de mortalité changent, ce qui suggère une plus grande vulnérabilité générale de la part des plus pauvres. Les pays qui ont adopté des politiques visant à promouvoir l'établissement d'un milieu social et physique sécuritaire ont amélioré la santé générale de leurs populations et ont réduit les différences entre les niveaux de santé.
- Il existe un rapport très étroit entre la santé économique d'un pays et la santé de sa population. La prospérité nationale est essentielle à la santé physique et mentale de la population. La distribution du revenu dans la société est également un facteur important. Les espérances de vie sont plus élevées dans les pays qui jouissent d'une économie productive et présentent moins de disparités entre les revenus de leurs citoyens.
- Les recherches nationales et internationales, dont le volume va croissant, ont permis d'établir une longue liste des principaux facteurs sociaux et physiques qui ont une influence sur la santé individuelle. Ces facteurs comprennent l'expérience de la petite enfance, l'éducation, la situation professionnelle, le revenu, les dangers associés au milieu de travail, le soutien des amis et de la famille, et l'environnement.

Ayant reconnu que ces facteurs mettent en cause de nombreux secteurs de la politique gouvernementale, le comité a proposé un vaste éventail d'initiatives en matière de politiques qui pourraient avoir un impact positif sur notre santé. À partir de là, le comité a défini trois domaines prioritaires sur lesquels faire porter les initiatives de politiques :

(1) L'amélioration de la santé des enfants

Il semble bien établi que le niveau de santé pendant la petite enfance a un effet sur le développement général des individus et sur l'acquisition des aptitudes essentielles à la réussite plus tard dans la vie. Il est essentiel d'adopter des politiques qui prévoient la prestation de programmes prénatals complets, et qui aient pour effet de réduire le nombre des enfants dont le poids est insuffisant à la naissance et les niveaux de pauvreté parmi les enfants. Les initiatives proposées pour améliorer la santé et le bien-être des enfants doivent aussi stimuler leurs aptitudes, les encourager à s'exprimer, leur permettre d'entretenir des rapports profonds et étroits avec les autres, et développer leur amour-propre.

(2) L'adaptation des adultes et de la main-d'oeuvre

Il est important que les travailleurs aient le sentiment qu'ils ont un certain contrôle de la situation et une certaine marge de liberté. Si les travailleurs ont l'impression que leur contribution au marché du travail est appréciée et qu'ils ont de bonnes chances de se recycler et de conserver leur revenu en cas de difficultés, ils auront le sentiment de mieux maîtriser la situation et auront moins tendance à la mauvaise santé. Ils seront également plus productifs.

Des politiques sur les ressources humaines qui favorisent la flexibilité des heures de travail et tiennent compte des demandes auxquelles les travailleurs actuels doivent faire face (particulièrement en ce qui concerne les enfants et les parents âgés) contribueront à améliorer la santé et le bien-être des travailleurs et des personnes à leur charge. Il faudra également élaborer un vaste éventail de politiques relatives au marché du travail pour contribuer à préserver l'amour-propre, la santé et la productivité des personnes touchées par les interruptions de travail.

(3) L'environnement

Des politiques gouvernementales qui visent à préserver l'intégrité de l'environnement sont essentielles pour la santé de la population. Nous devons prendre les mesures qui ont pour effet prouvé de réduire la morbidité et de prévenir les accidents et la mort, et promouvoir les initiatives existantes. Il est essentiel, par exemple, d'imposer le respect des normes relatives à la qualité de l'air, et à la prévention et au traitement des déchets toxiques, si l'on veut préserver la sécurité de l'environnement. Il faut aussi se préoccuper d'autres aspects de notre environnement physique, comme la sécurité de nos routes et de nos lieux de travail.

Le travail du comité d'élaboration des politiques gouvernementales en faveur de la santé a insisté sur le fait qu'il fallait remplacer le modèle de promotion de la santé publique, où la santé est essentiellement associée aux choix personnels en matière de mode de vie, par un modèle où la santé est de plus en plus liée à une modification de l'environnement social et physique, et, en particulier, du milieu de travail. Prendre soin de la santé est un instrument conceptuel qui peut servir de cadre à cette évolution de la notion de santé et à l'élaboration de politiques gouvernementales qui soient de plus en plus orientées vers la santé.

Comité consultatif sur le système de soins de santé

Comme son nom l'indique, ce comité a fait porter ses efforts uniquement sur le système officiel de soins de santé de l'Ontario. Tout en reconnaissant qu'il n'existe pas de solution simple aux problèmes auxquels le système de soins de santé doit faire face, le comité est parti du principe que le statu quo ne peut pas et ne doit pas continuer. Il faut examiner de près les pressions qui s'exercent sur le système pour leur trouver des solutions. Le comité a proposé des changements de politiques majeurs - changements qu'il faut planifier et gérer dès maintenant pour éviter qu'ils ne se produisent plus tard dans la fragmentation et le désordre.

Dans son premier rapport, intitulé *Passons à l'action*, le comité consultatif sur le système de soins de santé a

présenté un plan stratégique visant à orienter l'avenir du système de soins de santé de l'Ontario. Ce plan comportait quatre éléments clés :

(1) Les systèmes de financement des hôpitaux

L'établissement de budgets globaux constitue le mode principal de financement des hôpitaux en Ontario. Cette façon de procéder assure aux hôpitaux un budget fixe qui doit pourvoir à tous les services, ainsi qu'un redressement annuel pour pallier à l'inflation. Après avoir examiné un certain nombre des problèmes notables posés par cette méthode, le comité a recommandé un système modifié de budgets globaux où un mélange approprié de cas permettrait de reconnaître les différences entre les hôpitaux en matière de charge de travail et autres caractéristiques.

Le comité a aussi proposé d'autres mécanismes pour améliorer l'équité du financement des hôpitaux :

- Établir des objectifs spécifiques, avec mesures incitatives et non incitatives, visant à déplacer les ressources vers les services de consultation externe et les services communautaires;
- Faire participer les médecins au processus de budgétisation et introduire un financement des programmes avec établissement préalable d'objectifs mesurables; et
- Concéder aux hôpitaux une plus grande souplesse et leur permettre de procéder à des échanges de programmes et de services en réponse aux besoins de la collectivité.

En outre, le comité a recommandé que l'on procède à un réexamen important du plan de dépenses d'immobilisation annoncé en 1986 qui projetait d'ajouter 4 000 lits au système hospitalier.

(2) Les méthodes de rémunération des médecins

Le comité a examiné les avantages et les inconvénients des méthodes utilisées actuellement pour rémunérer les médecins en Ontario : honoraires pour services rendus, capitation et rémunération salariée. Ce faisant, il a fixé une série de principes fondamentaux qui devraient régir la rémunération des médecins :

- Tout système de rémunération devrait fournir des encouragements qui favorisent la réalisation des objectifs de la province en matière de santé, donnent

aux médecins la possibilité de bénéficier d'une rémunération équitable et adéquate, protège le droit des médecins d'agir pour le bien de leurs patients et reconnaisse le besoin du gouvernement de prévoir les coûts;

- Les systèmes d'honoraires pour services rendus, la capitation et la rémunération salariée constituent tous des formes légitimes de rémunération;
- L'adoption d'un système de rémunération plus varié est un objectif désirable, tout comme la liberté des médecins de choisir la méthode de rémunération qu'ils préfèrent.

Le comité a approuvé un système de rémunération mixte tout en recommandant que des recherches soient faites sur les répercussions de chacun des systèmes actuellement utilisés. Il a aussi recommandé que soient adoptées des techniques plus efficaces pour les négociations relatives à la rémunération des médecins.

(3) Le développement des services communautaires

Le comité a recommandé un déplacement délibéré de l'attention et des ressources en faveur des services communautaires, lesquels seraient développés de façon à agir à égalité avec le secteur des soins en établissement dans la prestation des services de santé. Pour effectuer ce déplacement, quatre grandes stratégies ont été proposées :

- Les fonds affectés aux services communautaires devront doubler dans un délai donné et un pourcentage spécifique des fonds publics devra être assigné aux activités de promotion et de prévention. Ceci ne nécessitera pas une infusion importante de fonds supplémentaires; il s'agira plutôt d'un changement d'orientation des ressources existantes et d'une affectation spécifique des augmentations annuelles.
- Le développement des services communautaires exigera des réformes sur le plan de la législation et des politiques pour encourager une plus grande flexibilité. Le comité a recommandé que des projets pilotes soient lancés pour mettre à l'essai un modèle de financement par programme, de nouvelles formes d'organisation et de gestion, et une augmentation de la planification, de la responsabilité et de l'enveloppe budgétaire au palier local.
- Il faut effectuer des changements radicaux dans le domaine de la formation professionnelle. Les politiques gouvernementales sur la santé, la promotion et la

prévention, les limites des traitements et les répercussions de l'organisation, tout cela devra être inclus dans le programme de base des pourvoyeurs, des planificateurs et des administrateurs des services de santé.

- Des renseignements sur les coûts, l'égalité d'accès aux services de santé, la qualité de la vie, les choix en matière de technologie et la responsabilité individuelle doivent être mis à la disposition de tous et adaptés aux différents interlocuteurs - notamment le public, les pourvoyeurs et les utilisateurs.

(4) Les liens entre le système et ses composantes

Plusieurs autres pays ont opté avec succès pour une décentralisation de leurs services de santé. Le comité a recommandé que soient mis à l'essai divers modèles d'autorité locale, dont certains bénéficieraient d'une enveloppe budgétaire. Ceux-ci devront être soigneusement évalués en fonction d'objectifs établis relativement au coût, à la qualité des soins, à la coordination et à l'intégration des services, à l'amélioration de la santé et à la satisfaction des consommateurs.

Le second rapport publié par le comité consultatif sur le système de soins de santé, intitulé *Concrétiser la vision : Les ressources humaines dans le domaine de la santé*, examinait les différentes façons dont le public, les spécialistes de la santé et les pourvoyeurs de services, les organismes communautaires, les éducateurs, les employeurs, les syndicats et le gouvernement peuvent collaborer pour utiliser au mieux le potentiel que représente les 300 000 hommes et femmes qui travaillent dans le secteur de la santé en Ontario. Ses principales recommandations sont les suivantes :

(1) La planification des ressources humaines est la composante la plus importante de la gestion du système de soins de santé et est essentielle à l'élaboration des politiques gouvernementales sur la santé. Le comité estime qu'il est urgent de renouveler complètement la façon dont on planifie et dont on utilise les ressources humaines dans le secteur de la santé. La nouvelle approche devra être flexible et dynamique, mue par les objectifs de santé de l'Ontario et guidée par les besoins de la population en matière de santé.

Le personnel du secteur de la santé constitue un vaste réservoir humain où les rapports territoriaux sont bien établis. Cependant, le personnel disponible dans un secteur particulier ne correspond pas toujours à l'estimation des besoins. En

outre, certaines personnes s'acquittent de tâches qui pourraient être accomplies par d'autres à un coût moindre. Il faudra procéder à des substitutions, le cas échéant, entre les groupes de spécialistes et de pourvoyeurs des services de santé, et au sein de ces groupes, afin de dispenser des services de qualité avec le maximum de productivité.

(2) Les éducateurs devront élaborer des programmes d'études qui soient plus directement orientés vers les besoins de la communauté qu'ils servent. Pour permettre aux étudiants de faire l'expérience de l'éventail complet des différents systèmes de prestation des services, il faudra établir de nouveaux lieux de formation et de pratique. Un réseau d'information devra être créé, auquel participeront les collèges communautaires et les universités, pour relier les dépenses au titre de l'épidémiologie et les données d'utilisation avec la planification des ressources humaines et les résultats désirés.

Un programme d'éducation à base de blocs de construction fondamentaux et communs à tous est nécessaire pour édifier un système basé sur la compréhension et la collaboration entre tous les pourvoyeurs de services. Il faut encourager la recherche sur la prestation des services de santé, en particulier dans le domaine des nouvelles méthodes de prestation, de la gestion des coûts et des ressources, et des pratiques de contrôle de la qualité totale. Des stratégies de recyclage seront nécessaires pour aider une partie du personnel des services de santé à s'orienter vers de nouveaux secteurs en fonction des besoins.

(3) Le secteur de la santé de l'Ontario, en collaboration avec tous ceux qui sont concernés par la question et tous les pourvoyeurs de services, doit trouver sa propre formule pour allier la qualité à la productivité. Il est essentiel que le principe du travail en équipe et de l'amélioration permanente de la qualité soit respecté dans tous les secteurs de la prestation des soins de santé. Les ordres professionnels, les organismes de réglementation professionnelle et les associations professionnelles devront tous jouer un rôle important dans la promotion du contrôle de la qualité totale et de l'accroissement de la productivité.

(4) Il n'existe pas actuellement d'autorité centrale clairement définie pour la planification des ressources humaines en matière de santé aux paliers fédéral, provincial ou régional. La direction provinciale devra être assumée par un(e) ministre représentatif(ve) d'un organisme central du gouvernement. Le (la)

ministre serait responsable devant un comité ministériel spécial qui serait chargé de la gestion des ressources et du suivi des buts et objectifs de la province.

(5) Une nouvelle Agence de planification des ressources humaines dans le domaine de la santé (APRHS) aurait pour mandat spécifique d'élaborer et de mettre en oeuvre un mécanisme de planification et de gestion de ces ressources en Ontario. L'agence conseillerait le gouvernement sur les orientations à donner aux politiques sur les ressources humaines et réunirait les intervenants chargés de transformer ces orientations en stratégies de gestion. Elle élaborerait un plan d'auto-évaluation pendant sa première année d'activité et publierait un rapport annuel public.

L'APRHS serait responsable devant un comité ministériel par le biais du (de la) ministre en charge d'un organisme central du gouvernement comme le Conseil de gestion. Elle serait placée sous la direction d'un conseil présidé par une personne employée à plein temps dont les antécédents neutres assureraient l'impartialité. Le conseil se réunirait au moins quatre fois par an.

Un maximum de 20 membres seraient nommés au conseil pour un mandat de trois ans avec renouvellement possible une fois. Le conseil devrait être multipartite et représenter les différentes régions ainsi qu'un vaste éventail de groupes de consommateurs et d'intérêt public, d'employeurs, d'organismes de santé, et les hauts fonctionnaires des ministères clés et du Conseil ontarien de la formation et de l'adaptation professionnelle (COFAP), si ce dernier est créé comme prévu.

L'objectif de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé est d'utiliser de la façon la plus efficace, la plus flexible et la plus économique possible notre ressource la plus importante, à savoir le personnel du secteur de la santé, pour concrétiser notre vision de la santé de l'Ontario. Le comité s'est attaché à la planification sous ses deux aspects - planification proprement dite et utilisation : nombres appropriés, mélange et distribution des travailleurs et des compétences, utilisation optimale des compétences grâce à des techniques d'organisation et de gestion flexibles et valorisantes.

Comité consultatif sur l'intégration et la coordination

Dans son rapport intitulé *La prise des décisions au niveau local pour les services médicaux et sociaux dans la collectivité*, ce comité a cherché comment assurer une meilleure liaison, au sein de la collectivité, entre les services de santé et les services sociaux, pour le plus grand avantage des utilisateurs. Il ne faut pas se contenter de réaménager les éléments du système existant, mais réorienter les responsabilités en matière de planification et de prestation des services. Cela permettra aux collectivités de se constituer un ensemble de services en fonction de leurs caractéristiques spécifiques et de répondre plus complètement aux besoins des minorités vulnérables dont le point de vue n'a pas été suffisamment pris en considération lors des prises de décisions.

Il faudra effectuer un travail considérable : structures, attitudes et organismes devront tous radicalement changer. L'attention devra se concentrer d'abord sur les gens qui ont besoin des services. C'est dans la mesure où les recommandations suivantes permettront aux gens d'obtenir plus facilement l'aide dont ils ont besoin que l'on pourra juger de leur succès :

- On souffre actuellement d'un manque de coordination des services pour les personnes qui ont besoin de plus d'un type d'assistance. Il arrive également souvent que les décisions qui sont prises au niveau provincial ne s'avèrent pas appropriées à la situation locale. En outre, les personnes les plus touchées par les décisions relatives à la prestation des services de santé ne participent pas suffisamment au processus de prise de décisions.

  Le comité a passé en revue diverses façons de résoudre ces problèmes et a conclu que la meilleure solution était la àdévolutionà, ou transfert au palier local des pouvoirs en matière d'affectation des ressources, de planification et de gestion des services, et d'évaluation. La législation, le financement et l'établissement des normes continueraient à relever de la province, ainsi que la gestion des secteurs de spécialisation complexes.

- Le comité a suggéré que les pouvoirs soient transférés à des organismes locaux qui pourraient soit faire partie du gouvernement local et être composés de

représentants élus, soit constituer des organismes à vocation spéciale composés de représentants élus, de membres nommés ou d'une combinaison des deux.

- Le transfert des pouvoirs devra se faire avec prudence et par étapes, une fois remplies certaines conditions, notamment : restructuration des ministères pour intégrer, sur une base régionale, le ministère de la Santé et le ministère des Services sociaux et communautaires; préparation de la collectivité; et adoption d'un mécanisme, mis au point par les organismes régionaux, pour faire participer les groupes vulnérables aux prises de décisions.

  Le transfert des pouvoirs permettra de dispenser des services qui répondent mieux aux besoins locaux. Du fait de la proximité des gens qu'ils servent, les organismes locaux semblent mieux à même de répondre de façon appropriée à leurs besoins. Le transfert des pouvoirs pourrait être une façon de donner aux utilisateurs des services, particulièrement les plus vulnérables et ceux qu'on entend le moins, la possibilité de s'exprimer sur la façon dont les services sont planifiés et dispensés.

Il faudra examiner avec soin un certain nombre de questions soulevées par la mise en oeuvre de ces recommandations. Les changements proposés, dans toute leur étendue, représentent un tournant spectaculaire pour l'Ontario. Cependant, un modèle de transfert des pouvoirs est actuellement appliqué dans la province de Québec et fournira un point de départ très utile. De plus, cinq des six grandes commissions provinciales qui ont récemment examiné la prestation des services de santé au Canada ont recommandé le transfert des pouvoirs comme un moyen de faire face aux problèmes identifiés dans le présent rapport.

Comité consultatif sur le Fonds d'Innovation-Santé

Ce comité a été créé pour administrer le Fonds d'Innovation-Santé (FIS).

Le FIS est la subvention de 70 millions de dollars étalée sur quatre ans dont dispose le Conseil pour apporter une aide financière à des projets innovateurs qui :

- contribuent à l'amélioration générale de la santé de tous les Ontariens, et
- mettent à l'essai et évaluent de nouvelles façons de dispenser des services et des programmes de santé efficaces par rapport aux coûts.

Pour être jugé innovateur, un projet doit donner de meilleurs résultats que les pratiques courantes en termes soit de l'efficacité par rapport aux coûts, soit des effets sur la santé, soit des deux.

Le FIS cherchait le moyen de découvrir, d'entretenir et de disséminer l'innovation au sein du système de santé de l'Ontario. Il s'agit d'une formule unique orientée vers les résultats qui insiste sur la nouveauté, permet de collaborer concrètement à divers projets et reconnaît qu'il ne peut pas y avoir innovation sans flexibilité.

Dans le cadre de sa première initiative, le FIS a organisé deux concours ouverts qui donnaient droit à des subventions et a subventionné 24 projets. La plupart d'entre eux étaient orientés vers la collectivité et proposaient des solutions de rechange aux soins traditionnels en établissement. Beaucoup portaient sur divers aspects de la promotion et de l'éducation en matière de santé, et visaient particulièrement les personnes âgées, les enfants ou les personnes handicapées. La date d'achèvement de tous les projets est le 31 mars 1993.

Le programme intitulé àLes innovateurs-santé à, deuxième initiative du FIS, visait la mise à l'essai d'une contrepartie proactive du modèle de subventions ouvertes du FIS. Des annonces publicitaires parues dans les principaux journaux de l'Ontario invitaient à répondre tous ceux qui avaient des idées ou des projets originaux à proposer. Une stratégie de courrier direct adressé aux particuliers et aux organismes qui avaient des antécédents d'innovation est venue s'ajouter à la campagne publicitaire. En conséquence, 272 personnes et organismes ont été retenus. On procède actuellement à un examen et à une sélection des projets proposés en préparation de la troisième initiative du programme d'octroi de subventions dans le cadre du FIS.

CONCLUSION

Au cours de son mandat, le Conseil du premier ministre sur la santé a sensibilisé le gouvernement à l'impact que les politiques gouvernementales peuvent avoir sur la santé. Le Conseil a posé les fondations d'une nouvelle vision de la santé - une vision globale qui tient compte des facteurs sociaux, environnementaux et économiques qui ont une influence sur le niveau de santé de la population. Cette façon de voir sous-entend que le gouvernement peut, par les politiques qu'il adopte dans toutes sortes de domaines, choisir des stratégies qui donneront à tous des chances égales de jouir d'une santé optimale.

Les stratégies proposées par le Conseil sont essentiellement le résultat d'un consensus auquel ses membres sont parvenus après avoir écouté et examiné les conseils d'un grand nombre d'experts et de personnes intéressées par la question.

Le Conseil a déclaré clairement que le gouvernement doit prendre des mesures décisives et informées pour régler certains des problèmes associés au système officiel de soins de santé. L'augmentation des fonds n'est pas une solution. Il faut trouver et mettre en oeuvre des formules nouvelles qui permettent de faire un meilleur usage des ressources existantes.

Les recommandations des comités du Conseil ont déjà eu une influence marquée sur certaines politiques gouvernementales. Le ministère de la Santé, par exemple, a tenu compte d'une recommandation du Conseil qui s'opposait au projet de construction d'un grand nombre de nouveaux lits à l'intention des malades aigus et chroniques. Et, après la publication de *Passons à l'action*, le Ministère a adopté un nouveau cadre de planification des dépenses d'immobilisation, modifié ses systèmes de financement des hôpitaux et permis aux dépenses associées aux services communautaires d'augmenter plus vite que celles des services dispensés en établissements. En outre, la province se dirige vers une formule mixte de rémunération des médecins, et le nombre des médecins qui emploient les nouvelles méthodes de paiement s'est accru.

Pour favoriser une meilleure intégration de leurs services, le ministère de la Santé et le ministère des Services sociaux et communautaires partagent maintenant un sous-ministre adjoint permanent. La décentralisation des soins de longue durée pour les personnes âgées et les personnes handicapées est également en cours. Ces initiatives ont été influencées

par *Passons à l'action* et par le travail du comité consultatif sur l'intégration et la coordination.

Et maintenant?

Le nouveau Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale est chargé d'un vaste mandat, et les résultats de ses recherches lui permettront de donner au gouvernement et au public des conseils sur les moyens à mettre en oeuvre pour édifier une société équitable et sécuritaire. Il faut prendre l'habitude d'avancer les politiques en matière de santé par la juste participation de tous les citoyens. Les discussions concernant le développement de l'enfant, le milieu de travail et l'environnement constituent des priorités en matière de politiques sur la santé.

Le travail de l'ancien Conseil du premier ministre sur la santé couvre le besoin de développer une vision nouvelle et plus complète de la santé. Le nouveau Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale partira de ces initiatives et élargira le mandat pour veiller à ce que tous les Ontariens aient leur place dans cette nouvelle vision.

Le nouveau Conseil veillera à la participation du public au processus d'élaboration des politiques. Les citoyens, le secteur des services médicaux et sociaux, les syndicats, les entreprises privées, les éducateurs et le gouvernement façonneront cette nouvelle vision. Le Conseil va lui-même commencer dès maintenant ce travail conjoint en oeuvrant avec sa contrepartie, le Conseil du premier ministre sur l'économie et la qualité de la vie, en reconnaissance de l'intime association entre la santé et la distribution de la richesse. Le Conseil travaillera également en étroite collaboration avec les ministères qui oeuvrent principalement dans le domaine de la santé, des services sociaux et de "l'égalité" afin d'approfondir et d'élargir l'engagement général - non seulement pour développer la vision et mettre en place un vaste cadre politique mais aussi pour prendre les mesures qui permettront de passer du présent à l'avenir.

MEMBRES

Nom	Date de nomination	Region	Intérêts
Roy Aitken Vice-président exécutif, responsable de la santé et de la sécurité au travail, INCO Vice-président, Groupe de travail national sur l'environnement et l'économie	Déc. '87	Oakville	Haute direction, industrie des ressources
Joe Brown Directeur général, Conseil régional de santé de Kenora-Rainy River	Déc. '87	Kenora	Conseil régional de santé, Nord
John Carter Président, Hôpital général du Grand Niagara Président, Croix Bleue de l'Ontario, Niagara Falls	Déc. '87	Niagara Falls	Administration d'hôpital
Glenna Cole Slattery Directrice générale, Association des infirmières de l'Ontario, Toronto	Oct. '89	Toronto	Soins infirmiers, travail
Helen Cooper Maire, Kingston	Oct. '89	Kingston	Administration municipale
Dr John Dirks Doyen de la faculté de médecine, Université de Toronto	Déc. '87	Toronto	Centre des sciences de la santé, recherche biomédicale
Peg Folsom Ancienne présidente, Association pour la santé publique de l'Ontario	Déc. '87	Brampton	Consommation, hygiène publique, promotion de la santé
Dre Reva Gerstein, O.C. Psychologue, vice-présidente, conseil d'administration, Hôpital pour les enfants malades, Toronto	Déc. '87	Toronto	Santé mentale

Nom	Date de nomination	Région	Intérêts
Fred Griffith Directeur général, Sault Ste. Marie and District Group Health Association	Déc. '87	Sault-Sainte-Marie	Organisations du secteur de la santé mentale
Robert Hiscock Ancien président, Ontario Hospital Association, Administrateur, Hôpital du comté de York, Jackson's Point	Déc. '87	Newmarket	Hôpitaux
Jacques Labelle Président, Hôpital général d'Ottawa	Oct. '89	Ottawa	Administration d'hôpital
Wilf Lewitt Président, MDS Health Group Limited, Etobicoke	Oct. '89	Etobicoke	Affaires, laboratoires
Reg Louttit Chef, Première Nation d'Attawapiskat	Oct. '89	Attawapiskat	Autochtones, Nord
Ronald Luciano Président et chef de la direction, Institut de prévention du ..auvais traitement des enfants, Président, Centraide Canada, Brampton	Déc. '87	Brampton	Mauvais traitement des enfants
Dr Stuart MacLeod Doyen, faculté des sciences de la santé, Université McMaster, Hamilton	Déc. '87	Hamilton	Centre des sciences de la santé
Soeur Alice McEvoy Administratrice, Marianhill (foyer pour personnes âgées, maison de soins infirmiers et établissement de soins pour les malades chroniques), Pembroke	Déc. '87	Pembroke	Soins de longue durée/ personnes âgées
Jim McIntyre Président, Conseil régional de santé d'Algoma, Sault-Sainte-Marie	Oct. '89	Sault-Sainte-Marie	Conseil régional de santé

Nom	Date de nomination	Région	Intérêts
Dr Ed Moran			
Secrétaire général, Association des médecins de l'Ontario	Juin '90	Toronto	Médecine organisée
Dr J. Fraser Mustard			
Président, Institut canadien de recherches avancées, Toronto	Avril '88	Toronto	Membre, Conseil du premier ministre sur la technologie
Anne Opzoomer			
Professeure, faculté de médecine, département d'ergothérapie, Université d'Ottawa	Déc. '87	Ottawa	Réadaptation
Dr Andrew Pipe			
Département de médecine familiale, Hôpital Civic d'Ottawa, Directeur, Académie canadienne de médecine sportive, Vice-président, Groupe consultatif Podborski sur la promotion de la santé, Ottawa	Déc. '87	Ottawa	Promotion de la santé, médecine sportive
Shanthi Radcliffe			
Directeur général, London Intercommunity Health Centre	Oct. '89	London	Santé multiculturelle
Dre Naomi Rae-Grant			
Psychiatre pour enfants et adolescents, Hôpital Victoria, London	Déc. '87	London	Santé mentale des enfants
Eleanor Ross			
Ancienne présidente, Registered Nurses' Association of Ontario, spécialiste des soins cliniques, Toronto	Déc. '87	Toronto	Soins infirmiers

Nom	Date de nomination	Région	Intérêts
Dre Miriam Rosen			
Pédiatre spécialisée en médecine des adolescents, Hôpital pour les enfants malades, Toronto	Déc. '87	Toronto	Médecine
Révérend E.W. Scott			
Archevêque, Église anglicane, Toronto	Oct. '89	Toronto	Défense des consommateurs
Dr Hugh Scully			
Chirurgien en maladies cardiovasculaires, Hôpital de Toronto Membre, Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, Toronto	Déc. '87	Toronto	Médecine
Mary Shamley			
Ancienne présidente, Conseil régional de santé, Thames Valley	Déc. '87	Wardsville	Consommation
Ken Signoretti			
Vice-président exécutif, Fédération du travail de l'Ontario, Toronto	Juin '90	Toronto	Travail
Dr Robert Spasoff			
Professeur et président, département d'épidémiologie et de médecine communautaire, Université d'Ottawa Président, Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario	Déc. '87	Ottawa	Épidémiologie, médecine communautaire
Joan Watson			
Défenseure des consommateurs, Toronto	Déc. '87	Toronto	Défense des consommateurs, personnes âgées